

# ESTADO DE WASHINGTON

## Informe de determinación de indigencia

### I. Identificación

Condado \_\_\_\_\_ Tribunal \_\_\_\_\_  
 Jurisdicción (indique una) ( ) Superior ( ) Distrito ( ) Municipal Nombre de ciudad \_\_\_\_\_  
 Nombre del solicitante \_\_\_\_\_ Número del caso \_\_\_\_\_

#### Tipo de caso

(indique la categoría correspondiente al cargo más serio)

- |                                    |  |                             |
|------------------------------------|--|-----------------------------|
| ___ (1) Delito grave - Clase A+    | ___ (5) Delito grave de un menor de edad - Clase A+    | ___ (9) Dependencia         |
| ___ (2) Delito grave - Clase A     | ___ (6) Delito grave de un menor de edad - Clase A     | ___ (10) Reclusión civil    |
| ___ (3) Delito grave - Clase B o C | ___ (7) Delito grave de un menor de edad - Clase B o C | ___ (11) Desacato civil     |
| ___ (4) Delito menor               | ___ (8) Delito menor de un menor de edad               | ___ (12) Otro (especifique) |

Cargos \_\_\_\_\_

Domicilio del solicitante \_\_\_\_\_  
 (calle) \_\_\_\_\_ (ciudad) \_\_\_\_\_ (estado) \_\_\_\_\_ (código postal) \_\_\_\_\_

Teléfono del solicitante (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ # Seguro social (optativo) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Profesión u oficio \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_  
 (nombre) \_\_\_\_\_ (dirección) \_\_\_\_\_ (teléfono) \_\_\_\_\_

### II. Responsabilidades de manutención

Número total de personas a su cargo (incluya al solicitante en el número) \_\_\_\_\_

Si es acusado menor de edad, ¿vive con los padres? (haga un círculo) S N

Si vive con los padres: Nombre del padre \_\_\_\_\_ Nombre de la madre (también el de soltera) \_\_\_\_\_

### III. Elegibilidad presuntiva (indique todo lo que se aplique)

- a. La persona es indigente porque recibe asistencia pública en forma de: ( ) AFDC<sup>1</sup> ( ) Asistencia general ( ) Cupones de comida ( ) Medicaid ( ) Beneficios V.A.<sup>2</sup> referentes a indigencia ( ) SSI<sup>3</sup> ( ) Beneficios por ubicación de refugiado ( ) Otra; especifique Número del caso \_\_\_\_\_ ¿Verificado? \_\_\_\_\_ Método \_\_\_\_\_
- b. La persona es indigente porque está internada en una institución pública de salud mental. ¿Verificado? \_\_\_\_\_ Método \_\_\_\_\_
- c. La persona es indigente porque sus ingresos anuales, descontados los impuestos, son de 125% o menos del nivel actual de indigencia fijado por el gobierno federal. \$ \_\_\_\_\_ Especifique el ingreso anual una vez descontados los impuestos. ¿Verificado? \_\_\_\_\_ Método \_\_\_\_\_

**Si se aplica la Sección III, a, b, o c, llene sólo las secciones VIII, X y XI. Presente el informe al Tribunal. Si no se aplica la sección III, llene todas las secciones que quedan.**

### IV. Ingresos Mensuales

- |  |          |              |     |
|--|----------|--------------|-----|
| a. Sueldo mensual neto (después de los descuentos)   | \$ _____ | ¿Verificado? | S N |
| b. Sueldo neto de cónyuge (escriba N/A si hay conflicto)   | \$ _____ |              | S N |
| c. Contribución de cualquier persona domiciliada con el solicitante y que ayude a cubrir sus gastos básicos de manutención                                   | \$ _____ |              | S N |
| d. Interés, dividendos u otras ganancias   | \$ _____ |              | S N |
| e. Asistencia no basada en indigencia (desempleo, seguro social, compensación a empleados, pensión, rentas (NO incluya asistencia por indigencia. Ver IV. a) | \$ _____ |              | S N |
| f. Otros ingresos (especifique)  | \$ _____ |              | S N |

#### Ingreso total

\$ \_\_\_\_\_

### V. Gastos mensuales (para solicitantes y personas a su cargo; promedio, donde se aplique)

- a. Costos de vida básicos - Albergue (alquiler, hipoteca, pensión)  
 Servicios públicos (calefacción, electricidad, agua); escriba 0 si están incluidos en el costo del albergue
- |  |          |   |   |
|--|----------|---|---|
| Alimentos                              | \$ _____ | S | N |
| Ropa                                   | \$ _____ | S | N |
| Cuidado médico                         | \$ _____ | S | N |
| Transporte                             | \$ _____ | S | N |
| Pagos de préstamos (especifique) _____ | \$ _____ | S | N |
- b. Obligaciones impuestas por el tribunal (indique) \_\_\_ multas \_\_\_ costas de tribunal \_\_\_ restitución \_\_\_ mantenimiento otros
- c. Fianza pagada o anticipada (este delito) \$ \_\_\_\_\_ S N
- d. Otros gastos (especifique) \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ S N

#### Total de gastos

\$ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> AFDC: Asistencia a niños dependientes

<sup>2</sup> V.A: Veteranos de las Fuerzas Armadas

<sup>3</sup> Ingresos de seguro social

**VI. Total de ingreso Parte IV, menos Total de gastos Parte V**

**Ingreso mensual neto disponible** \$ \_\_\_\_\_

**VII. Bienes líquidos**

|   |          |   | ¿Verificado? |
|---|----------|---|--------------|
| a. Efectivo, ahorros, cuentas bancarias (inclusive cuentas conjuntas)   | \$ _____ | S | N            |
| b. Acciones, bonos, certificados de depósito  | \$ _____ | S | N            |
| c. Valor neto de bienes raíces  | \$ _____ | S | N            |
| d. Valor neto de vehículo a motor requerido para empleo. SI es de más de \$3,000 (liste excedente:<br>valor menos \$3,000 | \$ _____ | S | N            |
| Marca del carro _____ Año _____   |          |   |              |
| e. Valor neto de otros vehículos (liste valor total)  | \$ _____ | S | N            |
| f. Propiedad personal (joyas, bote, estéreo, etc.)  | \$ _____ | S | N            |

**Total bienes líquidos** \$ \_\_\_\_\_

**VIII. Declaración jurada y notificación**

Yo, \_\_\_\_\_ (escriba nombre en letra de molde), certifico (o declaro) por la presente, bajo pena de perjurio según las Leyes del estado de Washington, que lo anterior es verídico y correcto (CWR 9A.72.085). Por medio de mi firma al pie, autorizo al tribunal a verificar toda la información que se presenta aquí. También juro que informaré al tribunal inmediatamente de cualquier cambio en mi estado económico. Comprendo que si se impone fianza en este asunto o si mi situación económica cambia, podré solicitar una nueva determinación.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_

**IX. Determinación de indigencia**

|   |            |  |
|---|------------|--|
| a. Ingresos mensuales netos disponibles (de la Sección VI)    | \$ _____   |  |
| b. Total de bienes líquidos (de la Sección VII)               | + \$ _____ |  |
| c. Total de fondos disponibles (a más b)                      | = \$ _____ |  |
| d. Costos anticipados de abogado por el/los tipo(s) de delito | \$ _____   |  |

\_\_\_\_\_ Si (c) es cero o menos, el interesado es **INDIGENTE**. \_\_\_\_\_ Si (c) es más de (d), el interesado **NO ES INDIGENTE**.  
 \_\_\_\_\_ Si (c) es más de cero pero menos que (d), el interesado es **INDIGENTE Y CAPAZ DE CONTRIBUIR**.

**Cantidad de la evaluación** \$ \_\_\_\_\_

**X. Recomendación**

¿Debería modificarse esta recomendación debido a la duración o la complejidad anticipadas del caso? Sí      No

Si debe serlo, explique por qué \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Otras consideraciones o comentarios \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Lo que antecede constituye mi recomendación al tribunal. Le he explicado mi recomendación al interesado.

Empleado investigador/Testigo (letras de molde, por favor) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Departamento/Organización \_\_\_\_\_

**XI. Decisión**

\_\_\_\_\_ Indigente      \_\_\_\_\_ No indigente      \_\_\_\_\_ Indigente y capaz de contribuir      Evaluación \$ \_\_\_\_\_

Juez o Persona designada por el juez \_\_\_\_\_ Título \_\_\_\_\_